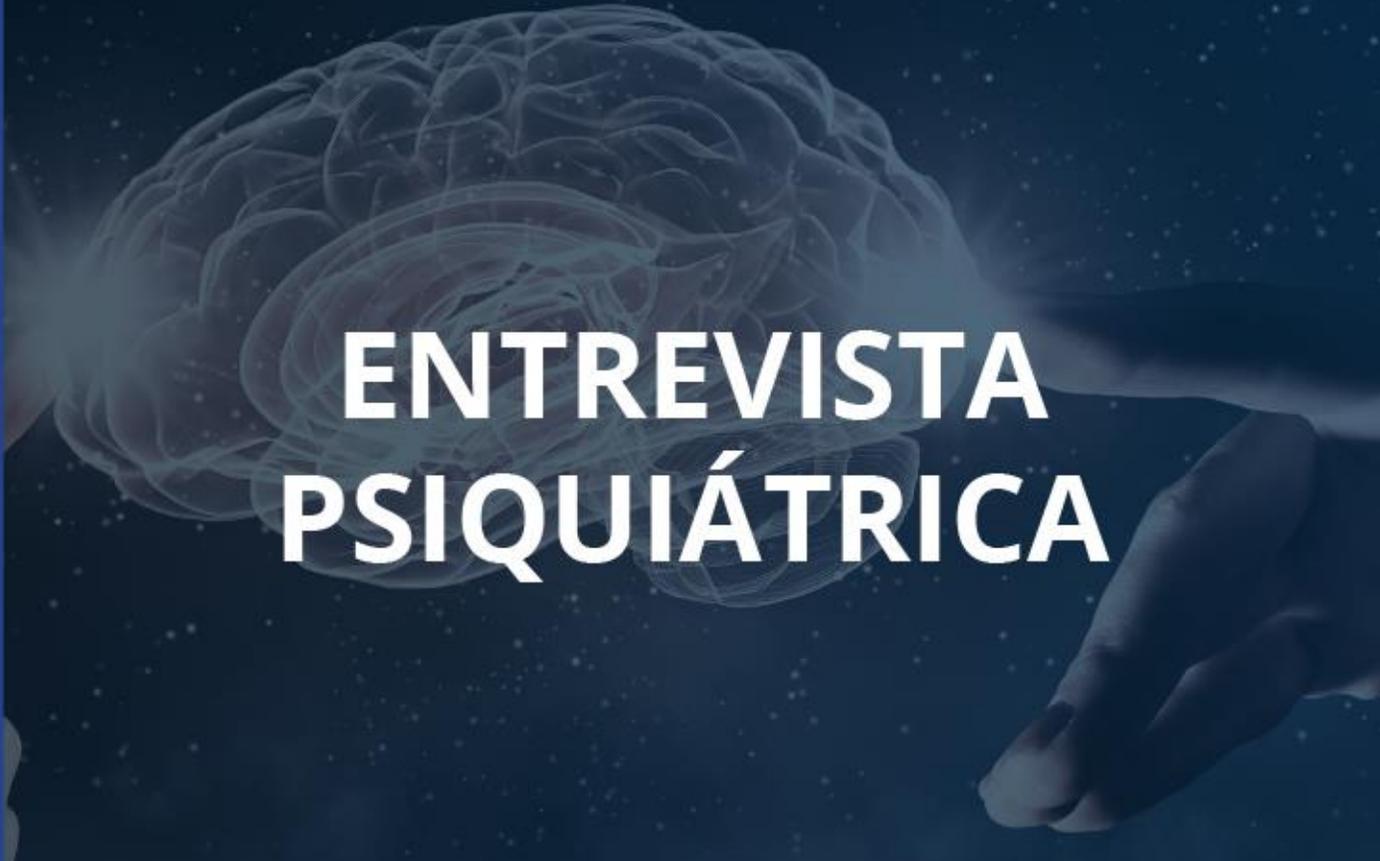




Capítulo 2/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

A glowing, translucent brain is shown against a dark blue background with a starry pattern. A hand is visible on the right side, reaching towards the brain. The text 'ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA' is overlaid on the brain in large, white, bold, sans-serif capital letters.

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Trabajamos para su tranquilidad...

Entrevista psiquiátrica

Eugene V. Beresin, MD

Christopher Gordon, MD

Puntos clave

- El propósito de la entrevista psiquiátrica es establecer una relación terapéutica con el paciente con el fin de recoger, organizar y sintetizar los datos que pueden constituir la base para la formulación del caso, el diagnóstico diferencial y el plan de tratamiento.
- Una parte fundamental en el establecimiento de esta relación es el fomento de un apego seguro entre médico y paciente con el fin de facilitar la comunicación mutua y abierta, corregir malentendidos y ayudar al paciente a crear una narración coherente de su situación pasada y presente.
- Todas las entrevistas requieren modificar las técnicas para tener en cuenta los cuatro elementos del contexto: el escenario, la situación, el sujeto y el significado.
- La recogida de datos debe incluir la observación conductual, los antecedentes médicos y psiquiátricos y la exploración del estado mental.
- El clínico debe concluir la entrevista resumiendo los hallazgos y la formulación, buscando un acuerdo con el paciente y negociando la organización apropiada para el seguimiento.
- Todos los clínicos deben ser conscientes de las dificultades de la entrevista psiquiátrica, como los temas vergonzosos y los desacuerdos sobre la valoración o el tratamiento.
- Los errores frecuentes en una entrevista son: terminación prematura y suposiciones falsas acerca de los síntomas; confirmación falsa de la enfermedad del paciente; actitud defensiva acerca del diagnóstico y tratamiento psiquiátrico; mantenimiento de un sesgo teórico sobre la salud y la enfermedad mental; explicaciones inadecuadas acerca de los trastornos psiquiátricos y su tratamiento; minimización de la gravedad de los síntomas, y avergonzar involuntariamente a un paciente sin ofrecer una disculpa.

Perspectiva general

El propósito de la entrevista psiquiátrica inicial es construir una relación y una alianza terapéutica con un individuo o una familia con el fin de recoger, organizar y sintetizar la información sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas, presentes y pasados. Los datos relevantes derivan de diversas fuentes: observación de la conducta del paciente en presencia del examinador y de los demás; atención a las respuestas emocionales del examinador; obtención de los antecedentes médicos, psiquiátricos, sociales, culturales y espirituales pertinentes (si es posible, usando recursos colaterales), y realización de una exploración del estado mental. La evaluación inicial debería permitir que el profesional desarrolle una formulación clínica que integre las dimensiones biológica, psicológica y social de la vida de un paciente y establezca hipótesis y preguntas clínicas iniciales –el diagnóstico diferencial– que deben probarse provisionalmente en el futuro trabajo clínico.

La revisión colaborativa de la formulación y el diagnóstico diferencial puede proporcionar una plataforma para el desarrollo (junto con el paciente) de opciones y recomendaciones de tratamiento, teniendo en cuenta su disposición para la intervención terapéutica.¹ Pocos encuentros médicos son más íntimos y potencialmente atemorizadores y vergonzantes que la

exploración psiquiátrica.² Como tal, es fundamental que el examinador cree un espacio seguro para este tipo de autorrevelación profundamente personal.

En este capítulo se examinan varios métodos de entrevista psiquiátrica. Estos métodos implican lo siguiente: fomento de un apego saludable y seguro entre médico y paciente que promueva la autorrevelación y la reflexión y que se preste a la creación de una narración coherente de la vida del paciente; apreciación del contexto de la entrevista que influye en la técnica clínica del entrevistador; establecimiento de una alianza sobre la tarea entre manos y fomento de una comunicación eficaz; recogida de los datos necesarios para crear una formulación de los potenciales y las debilidades del paciente, del diagnóstico diferencial y de las recomendaciones terapéuticas si son necesarias; educación del paciente sobre la naturaleza de los problemas emocionales, conductuales e interpersonales y de la enfermedad psiquiátrica (mientras se le prepara para la intervención psiquiátrica, si está indicada y está de acuerdo, estableciendo las disposiciones para el seguimiento); uso de técnicas especiales con niños, adolescentes y familiares; conocimiento de las dificultades y errores de la entrevista psiquiátrica; documentación de los hallazgos para la historia clínica, y comunicación con otros profesionales implicados en la atención del paciente.

Lecciones de la teoría del apego, la medicina narrativa y el ejercicio consciente de la psiquiatría

«Soy el vigilante del espíritu. Todo lo que hago es limpiar un poco las ventanas para que puedas ver por ti mismo.»

Godfrey Chips, curandero de los lakota³

Las interacciones saludables con las «figuras de apego» al inicio de la vida (p. ej., padres) fomentan un desarrollo biológico, emocional y social sólido en la infancia y durante todo el ciclo vital.⁴ Los fundamentos para la teoría del apego se basan en los hallazgos de la investigación en neurociencia cognitiva, genética y desarrollo encefálico, que indican que a lo largo de toda la vida existe una danza continuada entre los circuitos neuronales del individuo, la predisposición genética, la plasticidad encefálica y las influencias ambientales.⁵ Los apegos fiables en la infancia fomentan la adaptación emocional⁶ y generan habilidades y hábitos de búsqueda de figuras seleccionadas de apego para su consuelo, protección, asesoramiento y fortaleza. Las relaciones basadas en apegos seguros conducen a un uso eficaz de las funciones cognitivas, flexibilidad emocional, refuerzo de la seguridad, asignación de significado a las experiencias y autorregulación eficaz.⁵ En muchos tipos de relaciones emocionales, incluidas las relaciones estudiante-profesor y médico-paciente, pueden estar presentes muchas características del apego (como la búsqueda de proximidad o el uso de un individuo como «puerto seguro» para aliviarse y como base confiable).⁷

¿Qué fomenta un apego fiable al inicio de la infancia, y cómo podemos aprender de ello para entender una relación médico-paciente terapéutica y una entrevista psiquiátrica eficaz? Los fundamentos del apego seguro en los niños (de acuerdo con Siegel) abarcan varios atributos asignados a los padres⁵ ([cuadro 2-1](#)).

Cuadro 2-1 Elementos que contribuyen a asegurar el apego

- Comunicación colaborativa, resonante, mutua y en sintonía con el estado cognitivo y emocional del niño.
- Diálogo reflexivo y que responda al estado del niño. Esto crea una sensación de que puede compartir su experiencia subjetiva y permite al niño «ser visto». Requiere el uso de empatía, «autocontemplación» y capacidad de «ver» o estar en contacto con el estado mental del niño.
- Identificación y reparación de los errores de comunicación y los malentendidos. Cuando los padres corrigen los problemas de comunicación, el niño puede sentir desconexiones dolorosas. La reparación de los fallos de comunicación requiere una atención constante, regular, reflexiva, intencional y consciente. Aquí el énfasis está en la concienciación y la reflexión. En este caso, la concienciación es un ejemplo de la capacidad de autoconciencia del progenitor, particularmente de sus reacciones emocionales frente al niño y del impacto de sus palabras y acciones en él.
- Comunicación emocional que implica compartir sentimientos que amplifican lo positivo y mitigan lo negativo.
- Ayuda al desarrollo de narraciones coherentes por parte del niño que conecten las experiencias del pasado y el presente, creando un sentido autobiográfico de autoconciencia (usando un lenguaje que entrelace los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones y las acciones como medio para organizar y dar sentido a los mundos interno y externo).

Debemos evitar actuar con condescendencia con nuestros pacientes y mantenernos alejados de la dinámica del poder paternalista que podría estar implícita al comparar la relación médico-paciente con la que existe entre padre e hijo; no obstante, si sustituimos «médico» por «padre» y «paciente» por «hijo», inmediatamente podemos ver la relevancia para la práctica clínica. Podemos ver lo importante que es cada uno de estos elementos para fomentar una relación médico-paciente que sea abierta, honesta, mutua, colaborativa, respetuosa, confiable y segura. La apreciación de la dinámica del apego seguro también profundiza el significado de la atención «centrada en el paciente». La literatura médica indica claramente que unos buenos resultados con satisfacción del paciente implican técnicas de relación del médico que incluyan la reflexión, la empatía, la comprensión, la legitimación y el apoyo.^{8,9} Los pacientes revelan más acerca de sí mismos cuando confían en sus médicos, y se ha visto que la confianza se relaciona principalmente con la conducta durante las entrevistas clínicas⁹ más que con cualquier otra noción preconcebida de competencia del médico o con su conducta fuera de la consulta.

En la entrevista psiquiátrica es particularmente importante la facilitación de la narración del paciente. El ejercicio de la medicina narrativa implica la capacidad para reconocer, absorber, interpretar y actuar sobre las historias y las luchas de los demás.¹⁰ Charon¹⁰ describe el proceso de escucha de las historias de los pacientes como el proceso de seguimiento del hilo biológico, familiar, cultural y existencial de la situación. Abarca el reconocimiento de los múltiples significados y contradicciones de las palabras y los sucesos; la atención a los silencios, pausas, gestos y claves no verbales, y una entrada en el mundo del paciente al tiempo que simultáneamente se despiertan los propios recuerdos, asociaciones, creatividad y respuestas emocionales del médico –todo ello observado de algún modo por el paciente–.¹⁰ Las narraciones, como todas las historias, son creadas en conjunto por el narrador y el oyente. La narrativa es una parte ancestral del diálogo social que implica atención mantenida, memoria, respuesta emocional, respuestas y claves no verbales, búsqueda de colaboración significativa y estar en sintonía con las expectativas del oyente. Es un vehículo para la explicación de la conducta. Las historias y la narración están generalizadas en la sociedad como un medio de transmisión de la actividad simbólica, la historia, la comunicación y la

enseñanza.⁵ Si un médico puede ayudar al paciente a contar su historia de forma eficaz, recogerá datos fiables y válidos y la relación se consolidará. Las narraciones se facilitan con un compromiso auténtico, compasivo y genuino.

El diagnóstico diferencial que se desprende de la narración del paciente es árido; incluso aunque sea exacto, puede que no conduzca al diseño conjunto de un tratamiento eficaz. En cambio, un diagnóstico diferencial preciso y extenso apoyado en una valoración profunda de la narración del paciente por sí mismo y por el médico es más tridimensional y, al ser más real, tiene más posibilidades de conducir a un plan creado en conjunto y alcanzable que el paciente «cumplirá» con más probabilidad.

La creación de las condiciones óptimas para un apego seguro y la elaboración de una narración coherente requieren un ejercicio consciente. Al igual que los padres deben ser cuidadosos al diferenciar el estado emocional y las necesidades del niño y ser conscientes de los conflictos y los fallos de comunicación, lo mismo ocurre con el profesional consciente. Epstein¹¹ refiere que los profesionales conscientes atienden su propio estado físico y mental durante la entrevista sin emitir juicios de valor. Su autorreflexión crítica les permite escuchar cuidadosamente la aflicción de un paciente, reconocer sus propios errores, tomar decisiones basadas en la evidencia y estar en sintonía con sus propios valores de modo que puedan actuar con compasión, competencia técnica e introspección (insight).¹¹

La autorreflexión es fundamental en la entrevista psiquiátrica. El ejercicio reflexivo conlleva observarnos a nosotros mismos (incluidas nuestras reacciones emocionales a los pacientes, los compañeros y la enfermedad); nuestras deficiencias de conocimientos y habilidades; nuestro estilo personal de comunicación; nuestras respuestas a la vulnerabilidad y los fallos personales; nuestra disposición o resistencia a reconocer los errores, a perdonar y a pedir perdón, y nuestras reacciones al estrés. La autoconciencia nos permite darnos cuenta de nuestros propios pensamientos, sentimientos y acciones mientras estamos ejerciendo. Al trabajar de esta forma, el clínico mejora su propia confianza, competencia, sensibilidad y apertura sin presentar actitudes o tonos defensivos –todo esto ayuda a fomentar un apego seguro con los pacientes y a que ellos compartan sus temores, trastornos y problemas más íntimos–.

Contexto de la entrevista: factores que influyen en la forma y el contenido de la entrevista

Todas las entrevistas tienen lugar en un contexto. La concienciación del contexto puede requerir una modificación de las técnicas de entrevista clínica. Existen cuatro elementos que deben considerarse: el escenario, la situación, el sujeto y el significado.¹²

Escenario

Los pacientes son sumamente sensibles al entorno en el que son evaluados. Existe una inmensa diferencia entre ser visto en un servicio de urgencias (SU), una planta médica o un servicio ambulatorio u hospitalario, una consulta ambulatoria psiquiátrica, una consulta privada, un colegio o la consulta de un tribunal. Cada escenario tiene sus beneficios e inconvenientes que deben ser valorados por el examinador. Por ejemplo, en el SU o en la planta médica o quirúrgica el espacio para una entrevista privada tranquila suele ser

inadecuado. Estos escenarios están llenos de acción, drama y personal hospitalario corriendo alrededor. Las visitas en el SU pueden requerir largas esperas, y contribuyen a un abordaje impersonal de los pacientes y actitudes negativas hacia los pacientes psiquiátricos. En un paciente con rasgos límites con una crisis, esto solo puede crear una frustración extrema y posiblemente una exacerbación de sus temores crónicos de carencia, rechazo, abandono y soledad, precipitando la regresión.¹³ En estos pacientes y en otros con mejor función, la naturaleza pública del entorno y el ritmo frenético del SU pueden dificultar la aportación de información privada muy personal de forma calmada. En otros lugares públicos (como centros de salud comunitarios o colegios) los pacientes pueden sentir preocupación por ser reconocidos por sus vecinos o amigos. Cualquiera que sea el escenario, siempre es recomendable preguntar directamente al paciente si se encuentra cómodo en la sala de exploración e intentar asegurar la privacidad y un entorno tranquilo con distracciones mínimas.

El escenario debe ser cómodo para el paciente y el médico. Si el paciente está agitado, agresivo o amenazador, siempre es importante asegurarle calmadamente que la exploración debe requerir que todo el mundo esté seguro, y que solo usemos palabras durante la entrevista y no acciones. Los pacientes hostiles deben entrevistarse en un lugar donde el médico esté protegido. Debe evitarse una consulta en la que un paciente agresivo esté bloqueando la puerta y donde no exista un timbre de urgencia ni acceso al teléfono para llamar, y hay que buscar escenarios alternativos. En algunos casos puede ser necesario llamar al personal de seguridad local.

Situación

Muchos individuos buscan ayuda psiquiátrica porque son conscientes de que tienen un problema. Este puede constituir un segundo o tercer episodio de una enfermedad recurrente (como un trastorno del estado de ánimo). Pueden haber acudido a su médico de atención primaria, quien les ha derivado, o bien encontrar un especialista de otras formas. Dadas las limitaciones impuestas a la psiquiatría por algunos comités de atención, su acceso puede estar muy restringido. No es infrecuente que algunos pacientes hayan llamado a múltiples psiquiatras solo para encontrarse con que tienen llenas sus listas de espera. Muchos clínicos no tienen habitaciones para los pacientes o se encuentran limitados por sus contratos con empresas específicas. El frustrante proceso de encontrar un psiquiatra establece el escenario de algunos pacientes que, o bien hablan mal de la especialidad y del sistema sanitario, o bien de otros que idealizan al psiquiatra que ha hecho hueco para el paciente. En cualquier caso, esperan mucho antes de la primera visita y esto puede afectar significativamente a la entrevista inicial. Para complicar las cosas, el examinador necesita conocer la experiencia y los tratamientos con psiquiatras previos. En ocasiones un paciente ha tenido una experiencia negativa con otro especialista –quizá una incompatibilidad de personalidades, un estilo que fue ineficaz, un tratamiento que no funcionó u otros problemas–. Muchos se preguntarán por qué repetir. En todos los casos es oportuno preguntar sobre los tratamientos previos en la anamnesis y durante la construcción de la relación, qué hicieron y qué no hicieron, y particularmente cómo se sintió el paciente con el psiquiatra. Debe confirmársele que esta información es totalmente confidencial y que el interés reside en que entienda que la correspondencia entre médico y paciente es crucial. Incluso al comienzo podría mencionarse que el médico hará todo lo posible para comprender al paciente y su problema, pero que

cuando se planifique el tratamiento él deberá considerar qué tipo de profesional y escenario desea.

Otros pacientes pueden acudir a disgusto o incluso presentar gran resistencia. Muchos llegan por petición o demanda de un ser querido, un amigo, un colega o un jefe debido a conductas consideradas problemáticas. El paciente puede negar cualquier trastorno o simplemente estar aterrizado por padecer una enfermedad extraña, inexplicable o «mental». Algunos trastornos son egosintónicos, como la anorexia nerviosa. Una paciente con este trastorno de la conducta alimentaria característicamente ve al psiquiatra como el enemigo –como un médico que quiere que «engorde»–. En los pacientes resistentes suele ser muy útil abordar de frente el problema. En una paciente anoréxica derivada por su internista y traída por la familia se podría comenzar diciendo: «Hola, Srta. Jones. Sé que realmente no quiere estar aquí. Entiendo que su médico y su familia están preocupados por su peso. Le aseguro que primero y principalmente mi trabajo es comprender su punto de vista. ¿Puede decirme por qué cree que ellos querían que viniera?». Otra situación frecuente con una resistencia extrema es la de un individuo alcohólico traído por su esposa o un amigo, que claramente no está dispuesto a dejar de beber de ningún modo. En este caso, usted podría decir: «Buenos días, Sr. Jones. Parece que su mujer está realmente preocupada porque bebe y por su seguridad, especialmente cuando conduce. En primer lugar, déjeme decirle que ni yo ni nadie más podemos hacer que deje de beber. Esa no es mi misión hoy. Yo quiero saber por qué bebe, pero además quiero obtener una visión global de su vida para entender su situación actual». Los pacientes sumamente resistentes pueden ser llevados involuntariamente al SU por la policía o en ambulancia, a menudo con contención, porque son considerados peligrosos para sí mismos o para los demás. Característicamente es terrible, insultante y humillante ser sujetado físicamente. Independientemente de las razones para el ingreso, desconocidas para el psiquiatra, suele ser sensato iniciar la entrevista como sigue: «Hola, Srta. Carter, mi nombre es Dr. Beresin. Siento tremendamente que esté atada, pero la policía y su familia estaban muy alteradas cuando se encerró en el coche y encendió el contacto. Encontraron una nota de suicidio en la mesa de la cocina. Todo el mundo estaba realmente preocupado por su seguridad. Me gustaría comentar lo que está pasando y ver qué podemos hacer juntos para solucionar las cosas».

En algunos casos se pide al médico que realice una evaluación psiquiátrica de un paciente que está hospitalizado en un servicio médico o quirúrgico con síntomas que han aparecido durante el tratamiento. Estos pacientes pueden presentar delirio y es posible que no sepan que les va a ver un psiquiatra. Esto nunca fue parte de su acuerdo cuando ingresaron en el hospital para la cirugía, y puede que nadie les haya explicado el riesgo de delirio. Algunos pueden presentar resistencia y otros tener confusión. Otros pacientes con delirio son bastante conscientes de su alteración del estado mental y están sumamente asustados. Pueden preguntarse si el trastorno va a continuar para siempre. Por ejemplo, si sabemos que un paciente ha sido sometido a cirugía abdominal por cáncer de colon y ha estado agitado, insomne, con alucinaciones y delirio, la consulta psiquiátrica podría empezar: «Buenos días, Sr. Harris. Mi nombre es Dr. Beresin. Creo que lo ha operado el Dr. Rand y que ha tenido algunas experiencias que pueden parecerle extrañas o aterradoras. A veces después de la cirugía las personas tienen una reacción a la intervención o a los medicamentos utilizados que causa agitación, confusión y dificultades para dormir. Esto no es infrecuente y generalmente es transitorio. Me gustaría ayudarlo y ayudar a su equipo a resolver lo que está pasando y lo que podemos hacer». Otras peticiones de evaluación psiquiátrica pueden

requerir habilidades completamente diferentes, como cuando el equipo médico o el SU solicitan ayuda para una familia que ha perdido a un ser querido.

En cada una de estas situaciones, el psiquiatra debe entender la naturaleza de la situación y tomarla en cuenta cuando planifique la evaluación. En los ejemplos mencionados anteriormente solo se abordó la introducción. Sin embargo, cuando veamos los detalles (que se comentan a continuación) sobre la construcción de la relación y la modificación de los estilos de comunicación y las preguntas para cubrir las necesidades en cada situación, podrían emplearse otras técnicas para establecer una alianza terapéutica. Siempre es útil obtener la mayor información complementaria posible antes de la entrevista. Esto puede hacerse preguntando a los médicos de atención primaria, mirando la historia clínica electrónica y hablando con la familia, amigos o profesionales (como la policía o los técnicos médicos de urgencias).

Sujeto

Naturalmente, la entrevista clínica tiene que tener en cuenta las características del sujeto, como edad, grado de desarrollo, género y trasfondo cultural, entre otras. Además, hay que determinar «quién» es el paciente. En las familias puede haber un paciente identificado (p. ej., un niño con trastorno de conducta o un niño con dolor abdominal crónico). Sin embargo, el examinador debe tener en mente que los síndromes psiquiátricos y médicos no aparecen en un vacío. Aunque la familia haya determinado un «paciente identificado», el examinador debe considerar a todos los miembros del entorno como parte de la evaluación cuando valore al niño. Una situación similar tiene lugar cuando un adulto trae un progenitor anciano demenciado para evaluación. Es imperativo que el examinador considere el ambiente y los cuidados en el hogar, además de simplemente evaluar al paciente geriátrico. En las parejas, uno o ambos pueden identificar al «otro» como el «problema». Un clínico astuto debe permitir que cada persona aclare su perspectiva y no «tomar parte».

Los niños y los adolescentes requieren consideración especial. Aunque de hecho pueden representar el «paciente identificado», están integrados en la vida de un hogar que requiere evaluación; los padres o cuidadores deben ayudar a administrar todo tratamiento prescrito, psicotrópico o conductual. Además, en la exploración debe valorarse el grado de desarrollo del niño. Los niños pequeños pueden no ser capaces de expresar lo que están experimentando. Por ejemplo, un niño de 8 años que tiene crisis de angustia simplemente puede presentar rabietas y conducta de oposición cuando se le pide que vaya a un restaurante. Aunque puede tener fobia a los centros comerciales y los restaurantes, sus padres solamente ven esta conducta como un desafío. Cuando se le pregunta lo que siente, puede no ser capaz de describir palpitaciones, respiración acortada, temor de muerte inminente o temblores. Sin embargo, si se le pide que haga un dibujo de sí mismo en el restaurante, puede que se dibuje con una mirada de terror en la cara y con líneas dentadas alrededor del cuerpo. Después, cuando se le hacen preguntas específicas, es capaz de reconocer muchos síntomas clásicos del trastorno de angustia. Para los niños pequeños la sala debe estar equipada con juguetes, casas de muñecas y material para dibujar.

Los adolescentes plantean problemas adicionales. Aunque algunos pueden acudir voluntariamente, otros son arrastrados contra su deseo. En este caso es muy importante nombrar al adolescente y empatizar con él: «Hola, Tony. Veo que este es el último lugar en el que desearías estar. Sin embargo, ahora que tu gente te ha arrastrado hasta aquí, deberíamos

sacar el mayor partido de esto. Mira, no tengo ni idea de lo que pasa, ¡y ni siquiera sé si el problema eres tú! ¿Por qué no me cuentas tu historia?». De hecho, los adolescentes pueden sentirse como rehenes. Puede que tengan trastornos psiquiátricos auténticos o que estén atrapados en una situación terrible en su hogar. Lo más importante que debe transmitir el examinador es que la perspectiva del adolescente es importante y que la revisarán, así como el punto de vista de los padres. También es fundamental que los adolescentes, como todos los pacientes, conozcan las normas y límites de la confidencialidad. Muchos niños piensan que cualquier cosa que digan será transmitida directamente a sus padres. Seguramente porque esta es su experiencia en el colegio. Sin embargo, existen directrices claras acerca de la confidencialidad del adolescente que deben delimitarse al inicio del encuentro clínico. La confidencialidad es una parte central de la evaluación, y se respetará en el adolescente; es esencial que esto se les comunique para que se sientan seguros al divulgar información muy sensible y privada sin temor de repercusión. Algunos temas como la sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual, el consumo de drogas y los temas de salud mental están protegidos por los estatutos estatales y federales. Sin embargo, existen excepciones; una fundamental es que la confidencialidad no se aplica si están en riesgo el paciente u otra persona a causa de la conducta del adolescente.¹⁴

Significado

Frecuentemente los trastornos psiquiátricos están estigmatizados, lo que a menudo se acompaña de profunda vergüenza, ansiedad, negación, temor e incertidumbre. En general, los pacientes tienen pocos conocimientos de los trastornos psiquiátricos, ya sea por mitos, falta de información o desinformación por parte de los medios (p. ej., televisión, radio e Internet).¹⁵ Muchos pacientes tienen ideas preconcebidas de lo que se espera (malo o bueno) basándose en la experiencia de amigos o familiares. Algunos, al haber hablado con otros o haber buscado en la red, pueden estar seguros o muy preocupados de padecer una determinada enfermedad, y esto puede alterar la información que dan al examinador. Un síndrome o síntoma específico puede tener un significado idiosincrásico para un paciente, quizá porque un familiar con un trastorno del estado de ánimo fue hospitalizado de por vida antes de la desinstitucionalización de los individuos con trastornos mentales. Por ello, puede ser excesivamente receloso al divulgar cualquier indicación de síntomas graves para no dar lugar a su ingreso de por vida. Las obsesiones o compulsiones pueden ser consideradas como una prueba clara de haber perdido la cabeza, tener un tumor encefálico o haberse vuelto como la tía Jesse que tenía una psicosis crónica.¹² Algunos pacientes (debido a limitaciones cognitivas) pueden no entender sus síntomas. Esto puede ser normal como fase del desarrollo en un niño en edad escolar, mientras que en otros puede ser función de un deterioro cognitivo congénito, de un trastorno del espectro del autismo o de lagunas cerebrales secundarias a infartos múltiples tras ictus embólicos.

Finalmente, existen diferencias culturales significativas en la forma en que se ven la salud mental y las enfermedades mentales. La cultura puede influir en la búsqueda de la salud y en las conductas de búsqueda de salud mental, en el entendimiento de los síntomas psiquiátricos, la evolución de los trastornos psiquiátricos, la eficacia de los diversos tratamientos o los tipos de terapia aceptada.¹⁶ La psicosis, por ejemplo, puede ser vista como posesión por espíritus. Algunos grupos culturales tienen una frecuencia total de suicidio mucho más alta, y por ello los intentos previos en ciertos individuos deben tomarse más en serio. El entendimiento de

la estructura familiar puede ser crítico para la negociación del tratamiento; en algunos casos, el visto bueno de un anciano de la familia podría ser crucial para la aceptación de ayuda profesional.

Establecimiento de la alianza y fomento de una comunicación eficaz

Los estudios de la comunicación médico-paciente han demostrado que la comunicación eficaz produce buenos resultados; el desarrollo de una buena relación centrada en el paciente se caracteriza por cordialidad, cortesía, empatía y creación de una asociación, y por la aportación de información. Los resultados positivos consisten en beneficios para la salud emocional, la resolución de los síntomas y las medidas fisiológicas (p. ej., presión arterial, glucemia y control del dolor).¹⁷⁻²⁰

En 1999 los líderes y representantes de los principales colegios médicos y organizaciones profesionales se reunieron en el Fetzer Institute de Kalamazoo, Míchigan, para proponer un modelo de comunicación médico-paciente que se prestara a la creación de currículos para la educación médica de grado y posgrado, y para el desarrollo de normas para la profesión. Los objetivos de la Kalamazoo Consensus Statement²¹ eran fomentar una relación médico-paciente clara y proporcionar un modelo para la entrevista clínica. Los elementos clave de la declaración se resumen en el [cuadro 2-2](#) y se aplican a la entrevista psiquiátrica.

Cuadro 2-2 Construcción de la relación: tareas de comunicación fundamentales

- Obtenga la historia del paciente orientando la entrevista mediante un razonamiento diagnóstico.
- Sea consciente del hecho de que los sentimientos, las ideas y los valores tanto del paciente como del médico influyen en la relación.
- Desarrolle una relación colaborativa con el paciente formando una alianza en la que participe en la toma de decisiones.
- Trabaje con la familia y las redes de apoyo del paciente.

Inicie la conversación

- Permita que el paciente se exprese abiertamente sin interrupción.
- Anime al paciente a describir el conjunto completo de problemas.
- Mantenga una conexión personal durante la entrevista.

Reúna la información

- Use preguntas abiertas y cerradas.
- Proporcione estructura, aclaración y un resumen de la información recogida.
- Escuche activamente, usando métodos verbales y no verbales (p. ej., contacto visual).

Entienda la perspectiva del paciente

- Explore temas contextuales (p. ej., familiares, culturales, espirituales, edad, sexo y estado socioeconómico).
- Conozca creencias, problemas y expectativas acerca de la salud y la enfermedad.
- Valide y responda adecuadamente a las ideas, los sentimientos y los valores del paciente.

Comparta la información

- Evite usar un lenguaje técnico y jerga médica.
- Determine si el paciente entiende sus explicaciones.
- Anímele a preguntar.

Llegue a un acuerdo sobre los problemas y los planes

- Acepte su participación en la toma de decisiones.
- Determine la disposición del paciente para seguir un plan.
- Identifique y enumere recursos y apoyos.

Concluya

- Pregunte al paciente si tiene preguntas u otros problemas.
- Resuma y consolide el acuerdo con un plan de acción.
- Revise los planes de seguimiento.

Construcción de la relación y la alianza terapéutica

Todas las entrevistas psiquiátricas deben comenzar con una introducción personal y establecer su propósito; esto ayuda a crear una alianza acerca de la exploración inicial. El entrevistador debe intentar saludar a la persona cordialmente y usar palabras que demuestren su cuidado, atención y preocupación. Debe minimizarse la toma de notas y el uso de ordenadores, y si se hace no debe interferir en el contacto visual. El entrevistador debe indicar que esta interacción es colaborativa y cualquier malentendido por parte del paciente o del médico debe aclararse inmediatamente. Además, debe instruirse al paciente para que haga preguntas, interrumpa o bien corrija o añada en cualquier momento. Hay que informar del marco temporal para la entrevista. En general, el entrevistador debe reconocer que algunos de los temas y preguntas que surjan serán muy personales, y que si hay algún asunto con el que el paciente tenga problemas reales debe hacérselo saber al examinador. Al inicio de la entrevista debe asegurarse la confidencialidad. Estas directrices iniciales establecen el tono, la cualidad y el estilo de la entrevista clínica. Un ejemplo de introducción sería: «Hola, Sr. Smith. Mi nombre es Dr. Beresin. Me alegro de que haya venido hoy. Me gustaría comentar algunos de los temas o problemas que está teniendo para que ambos podamos entenderlos mejor y resolver el tipo de asistencia de que puede disponer. Tendré que hacerle una serie de preguntas sobre su vida, tanto pasada como presente, y si necesito alguna aclaración sobre sus explicaciones le pediré su ayuda para asegurarme de que “lo capto”. Si cree que he perdido el hilo, por favor, córteme y corríjame. Algunos de los temas pueden ser muy personales, y espero que me haga saber si las cosas avanzan demasiado. Tendremos aproximadamente una hora para esto, y después intentaremos elaborar juntos un plan

razonable. Quiero que sepa que todo lo que decimos es confidencial. ¿Tiene alguna pregunta sobre nuestra sesión de hoy?». A esto debería seguir una pregunta abierta sobre las razones para la entrevista.

Uno de los aspectos más importantes de la construcción de una alianza terapéutica es ayudar a que el paciente se sienta seguro. La demostración de cordialidad y respeto es esencial. Además, el psiquiatra debe mostrar interés y curiosidad genuinos al trabajar con un nuevo paciente. Deben evitarse las ideas preconcebidas sobre la persona. Si existen cuestiones acerca del trasfondo cultural o las creencias religiosas del paciente que puedan tener impacto sobre la información que aporta, sobre la respuesta emocional a los síntomas o sobre la aceptación del plan de tratamiento, el médico debe señalar al paciente al inicio que si alguna de estas áreas tiene una importancia central para él debe sentirse libre de hablar sobre tales creencias o valores. El paciente debe sentir que el médico y él están explorando su anamnesis, su experiencia vital y sus síntomas actuales juntos.

Para muchas personas, la entrevista psiquiátrica probablemente es una de las exploraciones médicas más confusas. La entrevista psiquiátrica es profesional y profundamente íntima a la vez. Pedimos a los pacientes que revelen partes de su vida que pueden haber compartido únicamente con amigos muy cercanos, con su pareja, con el clero o con la familia, si acaso. Vienen a un escenario en el que se supone que harán esto con un completo extraño. Ser médico puede no ser suficiente para aliviar la aprensión que supone esta situación; ser una persona confiable y solícita puede ayudar en gran manera. Es vital hacer muy personal la entrevista y usar técnicas que la hagan natural. Además de la aserción y validación de la historia del paciente con suma sensibilidad, algunos clínicos hacen uso del humor y de una autorrevelación juiciosa. Estos elementos son característicos de los sanadores.²²

Para demostrar algunos de estos principios serviría un ejemplo. Una mujer de 65 años de edad profundamente religiosa fue valorada por delirio tras someterse a una cirugía de derivación cardíaca. En la conversación abierta dijo a la examinadora psiquiátrica que quería cambiar de médico de atención primaria, el cual había tenido durante 30 años. Como parte del cuadro postoperatorio desarrolló el delirio de que él podía haberla violado durante una de sus visitas. Sentía que posiblemente no podría enfrentarse a él, a su sacerdote ni a su familia y estaba afectada de una profunda desesperación. Aunque la examinadora puede haber reconocido esto como una consecuencia biológica de la cirugía y la evolución postoperatoria, su experiencia personal le decía algo diferente. Ella no aceptaría inmediatamente la interpretación o explicación inicial de que su cerebro no funcionaba correctamente. En esta situación, la examinadora debe reconocer su perspectiva verbalmente, ver el problema a través de sus ojos y ayudarla a ver lo que está «captando». Para la paciente era una pesadilla horrible. La entrevistadora podría haber dicho: «Sra. Jones, entiendo que debe sentirse fatal. ¿Puede decirme cómo ocurrió esto, dada su relación tan prolongada y confiada con su médico?». Ella contestó que no lo sabía, pero que estaba realmente confusa y enojada. Cuando la examinadora estableció una relación de confianza, finalizó la exploración, determinó la presencia de delirio y explicó la naturaleza de este problema, acordaron utilizar haloperidol para mejorar el sueño y sus «nervios». En una sesión posterior tras la desaparición del delirio podrían hacerse aclaraciones adicionales.

Como se señaló anteriormente, el reflejo fiable del estado cognitivo y emocional del paciente y la autorreflexión de la propia respuesta afectiva en los pacientes son parte del establecimiento de apegos seguros. La práctica activa de la autorreflexión y clarificación del propio entendimiento ayudan a modelar la conducta para el paciente, de modo que médico y paciente creen la narración en conjunto. Hacer resúmenes frecuentes para «comprobar» lo

que el médico ha oído puede ser muy valioso, particularmente al inicio de la entrevista cuando se comentan abiertamente los síntomas principales. Por ejemplo, una mujer de 22 años de edad desarrolló gradualmente síntomas obsesivo-compulsivos durante los 2 años previos, lo que la llevó a estar recluida en su hogar. El entrevistador dijo: «Entonces, Srta. Thompson, veamos si lo captó. Ha estado metida en casa y no puede salir porque tiene que subir y bajar las escaleras un número determinado de horas. Si no lo “hacía bien” le ocurriría algo terrible a alguno de los miembros de su familia. También vio que subía y bajaba escaleras en los lugares públicos, y que sus amigos no podían entender esta conducta y se reían de usted. Mencionó que tenía que “comprobar” que la cocina y otros aparatos estaban apagados, y que no podía salir del coche porque temía no haber quitado el contacto o no haber puesto el freno completamente y, de nuevo, que algo terrible le ocurriría a alguien. Y me dijo que realmente estaba enojada porque sabía que esta conducta era “de locos”. ¡Qué terrible debe ser esto para usted! ¿Es correcto?». El examinador debe asegurarse de ver, tanto verbal como no verbalmente, que esto ha captado el problema de la paciente. Si no hay retroalimentación positiva, debe intentar ver si hizo alguna malinterpretación, o si tropezó en el juicio o la crítica. La situación podría «normalizarse» tranquilizando a la paciente para consolidar más la alianza diciendo: «Srta. Thompson, su tendencia a quedarse en casa encerrada con la intención de evitar herir a alguien es completamente natural dada su percepción y su preocupación por los que tiene cerca. Estoy de acuerdo, no tiene sentido, y entiendo que parezca extraño e infrecuente. Creo que podemos entender mejor esta conducta y después puedo indicarle formas de adaptación y quizá incluso de superación de esta situación mediante tratamientos que han sido bastante exitosos en otros casos. Sin embargo, necesito cierta información adicional. ¿Está de acuerdo?». De esta forma, el clínico ayuda a que el paciente se sienta comprendido, que sepa que alguien en la misma situación se sentiría igual y que hay esperanza. No obstante, se necesita más información. Esta estrategia demuestra respeto y comprensión, y proporciona consuelo al tiempo que construye la relación.

Recogida de datos: observación conductual, anamnesis médica y psiquiátrica, y exploración del estado mental

Observación conductual

Observando a los pacientes antes, durante y después de la entrevista psiquiátrica se aprende mucho de ellos. Es útil ver cómo interacciona el paciente con el personal asistente de la consulta, y con la familia, amigos u otros que le acompañan a la cita. En la entrevista debe tomarse nota del aseo personal, el estilo y estado de la vestimenta, la gestualidad, los movimientos normales y anómalos, la postura y marcha, las características físicas (como deformidades naturales, marcas de nacimiento o marcas de cortes, arañazos, tatuajes o perforaciones), las cualidades de la piel (p. ej., color, textura y tonalidad), el lenguaje (incluidos el dominio del idioma, el estilo de las palabras usadas, la gramática, el vocabulario y la sintaxis), y las claves no verbales (como contacto visual y expresiones faciales). Todos estos factores contribuyen a la formulación clínica.

Anamnesis médica y psiquiátrica

El [cuadro 2-3](#) proporciona una perspectiva general de los componentes clave de la anamnesis psiquiátrica.

Cuadro 2-3 Anamnesis psiquiátrica

Información identificativa

Nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico.

Seguro médico.

Edad, sexo, estado civil, profesión, hijos, raza y religión.

En niños y adolescentes: cuidadores principales, colegio y curso.

Médico de atención primaria.

Psiquiatra, prestaciones de salud mental asociadas.

Fuente de derivación.

Fuentes de información.

Fiabilidad.

Síntoma/problema actual principal

Anamnesis de la enfermedad actual

Inicio.

Desencadenantes percibidos.

Signos y síntomas.

Evolución y duración.

Tratamientos: profesionales y personales.

Efectos sobre las funciones personal, social y laboral o académica.

Trastornos psiquiátricos o médicos concomitantes.

Estresantes psicosociales: personales (psicológicos, médicos), familiares, de amistades, laborales/escolares, legales, domésticos y económicos.

Antecedentes psiquiátricos

Episodios previos del problema

Síntomas, evolución, duración y tratamiento (hospitalario o ambulatorio).

Trastornos psiquiátricos

Síntomas, evolución, duración y tratamiento (hospitalario o ambulatorio).

Antecedentes médicos

Problemas médicos: previos y actuales.

Problemas quirúrgicos: previos y actuales.

Accidentes.

Alergias.
Vacunaciones.
Medicamentos actuales: fármacos prescritos y sin receta médica.
Otros tratamientos: acupuntura, quiropráctica, homeopatía, yoga y meditación.
Tabaco: consumo actual y previo.
Drogas: consumo actual y previo.
Antecedentes de embarazos: nacimientos, interrupciones y abortos.
Antecedentes sexuales: control del embarazo, prácticas sexuales seguras, antecedentes y detección de enfermedades de transmisión sexual.
Malos tratos físicos o abuso sexual en el pasado o en la actualidad.
Valoración del dolor (en una escala de 0 a 10).

Revisión de sistemas

Antecedentes familiares

Antecedentes psiquiátricos familiares.
Antecedentes médicos familiares.

Antecedentes personales: antecedentes del desarrollo y sociales

Primera infancia

Hitos del desarrollo.
Relaciones familiares.

Media infancia

Rendimiento escolar.
Problemas de aprendizaje o atención.
Relaciones familiares.
Amigos.
Aficiones.
Uso de medios de comunicación.

Adolescencia

Rendimiento escolar (incluidos problemas de aprendizaje y atención).
Amigos y relaciones de grupo.
Relaciones familiares.
Antecedentes psicosexuales.
Antecedentes de parejas y relaciones sexuales.
Antecedentes laborales.
Consumo de drogas y otras sustancias.
Problemas con la ley.
Uso de medios de comunicación.

Inicio de la vida adulta

Educación.

Amigos y relaciones de grupo.

Aficiones e intereses.

Matrimonio y otras relaciones de pareja.

Antecedentes laborales.

Experiencias militares.

Problemas con la ley.

Uso de medios de comunicación.

Adultos de edad media y avanzada

Desarrollo profesional.

Matrimonio y otras relaciones de pareja.

Cambios en la familia.

Uso de medios de comunicación.

Pérdidas.

Proceso de envejecimiento: psicológico y físico.

Adaptado de Beresin EV. The psychiatric interview. In Stern TA, editor: The ten-minute guide to psychiatric diagnosis and treatment, New York, 2005, Professional Publishing Group.

Problemas de presentación

El entrevistador debe comenzar con el problema actual usando preguntas abiertas. Debe estimular al paciente a que cuente su historia sin interrupciones. Muchas veces el paciente se volverá al médico para su elaboración, pero es mejor dejar que el paciente sepa que él es el verdadero experto y que solo él ha experimentado directamente esta situación. Durante toda la entrevista es mejor usar preguntas clarificadoras. Por ejemplo, «Estaba realmente enojado y alterado» puede significar una cosa para el paciente y algo más para un examinador. Podría significar frustrado, ansioso, agitado, violento o deprimido. Esta afirmación requiere aclaración. Lo mismo ocurre con un comentario como «Estaba realmente deprimido». La depresión para un psiquiatra puede ser muy diferente de lo que es para un paciente. Para algunos, deprimido significa irritado, enfadado o triste. Podría ser un estado de agitación momentáneo o un estado crónico. La realización de preguntas más detalladas no solo esclarece el estado afectivo del paciente, sino que también transmite el mensaje de que él lo sabe mejor y que la colaboración real y el diálogo son la única forma de resolver el problema. Además, una vez que se aclaran las palabras del paciente, es muy útil usarlas durante toda la entrevista para confirmar que está escuchando.²³

Cuando se obtiene la anamnesis es fundamental recordar que los problemas principales del paciente pueden no ser los mismos que los del médico. Por ejemplo, mientras que el examinador puede estar preocupado por un trastorno bipolar con incremento de la manía, una paciente puede estarlo más por el empleo de su esposo, lo que hace que esté agitada y con insomnio. Si esta fuera la razón para la consulta psiquiátrica, es decir, el trastorno en la adaptación a la economía doméstica, debería validarse. Habrá tiempo suficiente para hacer

una anamnesis detallada y establecer un diagnóstico de manía, especialmente si la paciente siente que el clínico y ella están en sintonía. Siempre es útil preguntar: «¿Qué es lo que más le preocupa?».

Al comentar los problemas actuales es mejor evitar las preguntas tipo lista de verificación, pero deben cubrirse las bases para crear un diagnóstico diferencial del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5.ª Ed. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5], Fifth Edition). Es mejor centrarse más en los síntomas y problemas actuales e incorporar otras partes de la anamnesis alrededor de ellos. El motivo de consulta es la razón para la derivación y probablemente el más importante para el paciente, aunque para el examinador puedan ser más críticas cuestiones adicionales acerca de la función actual y los antecedentes médicos o psiquiátricos. Un buen clínico, después de establecer una relación de confianza siempre puede redirigir al paciente para obtener información adicional (como síntomas no mencionados por la persona y la duración, frecuencia e intensidad de los mismos). También es importante preguntar cómo se adapta el paciente al problema y qué se está haciendo personal o profesionalmente para ayudarlo a sobrellevarlo. Debe preguntarse si existen otros problemas o estresantes, problemas médicos o asuntos familiares que exacerben el síntoma actual. Siempre deben hacerse preguntas acerca de la aflicción intensa, como el dolor (en una escala de 0 a 10). Después de una fase de preguntas abiertas sobre el síntoma actual, el entrevistador debe interrogar sobre el ánimo, la ansiedad y otros problemas de conducta y cómo afectan al trastorno actual. Una parte clave de la valoración del problema de presentación debería ser la determinación de la seguridad. En la revisión de la situación actual no deben omitirse las preguntas acerca de suicidio, homicidio, violencia doméstica y malos tratos. Si existe preocupación por la autolesión, el entrevistador debe preguntar sobre los posibles medios, incluyendo el acceso a armas de fuego en el hogar. Finalmente, debe determinarse por qué acudió ahora el paciente en busca de ayuda, en qué medida estaba motivado a conseguir ayuda y cómo le va en su vida personal, familiar, social y profesional. Sin conocer más, el examinador debe evitar ofrecer una confirmación prematura puesto que esto es precoz en la entrevista, pero sí proporcionar apoyo y ánimo para la asistencia terapéutica que le será ofrecida en la última parte de esta.

Antecedentes psiquiátricos

Después de las fases abiertas de la entrevista, esta puede enfocarse en preguntas cerradas. En los antecedentes psiquiátricos, el entrevistador debe investigar diagnósticos previos del DSM-5 (como síntomas de cada uno, síndromes parciales, cómo se trataron y cómo afectaron a la vida del paciente). Debe considerarse una amplia variedad de tratamientos, como ambulatorios, hospitalarios y hospitalarios parciales. Si hubo alguno, es más útil preguntar qué tratamientos tuvieron éxito y de qué forma. El examinador debe preguntar por los fracasos terapéuticos de la misma forma. Naturalmente, esto contribuirá a las recomendaciones de tratamiento aportadas al final de la entrevista. Este puede ser un buen momento para saber cómo se adapta el paciente al estrés. ¿Qué medios psicológicos, conductuales y sociales emplea para mantener el equilibrio al enfrentar las dificultades? También es sabio centrarse no solo en las habilidades de superación, las defensas y las técnicas adaptativas al enfrentar el trastorno psiquiátrico, sino también en los estresantes psicosociales en general (p. ej., nacimientos, muertes, pérdida de trabajos, problemas en las relaciones y problemas con los hijos). El discernimiento del estilo de adaptación del paciente puede ser muy informativo y contribuye a la formulación psiquiátrica. ¿El paciente depende

de la descarga de sus emociones, o detiene sus afectos y hace uso del control cognitivo, o usa apoyos sociales, o desplaza la ira sobre los demás o en distracciones productivas (p. ej., volcándose en el trabajo)? De nuevo, conocer algo acerca del estilo de la persona para tratar la adversidad descubre los mecanismos de defensa, revela algo acerca de la personalidad y ayuda al considerar las opciones de tratamiento. Por ejemplo, una persona que evita la emoción, usa la razón y comienza a aumentar las tareas en tiempos difíciles puede ser un candidato excelente para un abordaje cognitivo-conductual del problema. Un individuo que progresa a través de la descarga de sus emociones y se vuelve a los demás en busca de apoyo, trabajando para entender el origen de sus problemas en sus antecedentes, puede ser un buen candidato para psicoterapia psicodinámica, ya sea individual o en grupo.

Antecedentes médicos

Una serie de síntomas psiquiátricos y problemas conductuales son secundarios a enfermedades médicas, a los efectos secundarios de los medicamentos y a interacciones farmacológicas (incluidas las relacionadas con los medicamentos sin receta). Los antecedentes médicos deben ser extensos, y deben incluir las enfermedades médicas y quirúrgicas previas y actuales, el uso de medicamentos previo y presente (incluidas vitaminas, hierbas y remedios no tradicionales), consumo de sustancias (p. ej., tabaco, alcohol y otras drogas [en el pasado y en el presente]), antecedentes de vacunaciones y viajes, embarazos, antecedentes menstruales, antecedentes de hospitalizaciones y cirugía ambulatoria, accidentes (incluidas las secuelas, si las hay) y antecedentes sexuales (incluidos el uso de anticonceptivos, los abortos, las enfermedades de transmisión sexual y las pruebas realizadas para estudiar estas).

Revisión de sistemas

En el momento en que el examinador investiga los antecedentes médicos y realiza la revisión de sistemas, se adopta el interrogatorio tipo lista de verificación en lugar del formato previo de entrevista. Es útil obtener una revisión completa de sistemas siguiendo los antecedentes médicos. En el transcurso de la entrevista psiquiátrica pueden detectarse algunos trastornos médicos no diagnosticados. Muchos pacientes no ven a su médico de atención primaria rutinariamente, y los psiquiatras tienen una oportunidad única para considerar enfermedades médicas y su evolución en la exploración. Aunque no son formales en la entrevista, las pruebas analíticas son parte central de la exploración psiquiátrica. Aunque este capítulo se refiere a la entrevista, la revisión de sistemas puede alertar al clínico para solicitar pruebas analíticas adicionales y consultar al médico de atención primaria acerca de la investigación médica.

Antecedentes familiares

El hecho de que muchas enfermedades se extiendan en ciertas familias requiere que un examinador pregunte los antecedentes familiares de trastornos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos, así como de sus tratamientos.

Antecedentes sociales y del desarrollo

Los antecedentes del desarrollo son importantes en todos los pacientes psiquiátricos, pero especialmente en los niños y adolescentes porque la prevención y detección precoz de problemas puede llevar a intervenciones que pueden corregir trastornos del desarrollo. Estos antecedentes en la primera y media infancia y la adolescencia implican preguntas acerca de los hitos del desarrollo (p. ej., función motora, habla, crecimiento, logros sociales y morales), las relaciones familiares en el pasado y el presente, antecedentes escolares (incluidos el grado alcanzado y cualquier discapacidad de la atención o del aprendizaje), amigos, aficiones, trabajos, intereses, ejercicio, consumo de drogas y cualquier problema legal. Las preguntas sobre el desarrollo en el adulto deben centrarse en la naturaleza y la calidad de las relaciones íntimas, amistades, relaciones con los hijos (p. ej., naturales, adoptados, resultantes de técnicas de reproducción asistida, hijastros), antecedentes militares, antecedentes laborales, aficiones e intereses, problemas legales y económicos. Siempre debe preguntarse por violencia doméstica (incluidos los antecedentes de malos tratos físicos o de abuso sexual en el pasado y el presente).

Los antecedentes sociales deben recoger el trasfondo cultural del paciente, incluida la naturaleza de su patrimonio, cómo afecta a la estructura y función familiar, sistemas de creencias, valores y prácticas religiosas. Debe preguntarse por la seguridad de la comunidad y la calidad de los apoyos sociales en su vecindad, el lugar de culto u otros lugares de la comunidad.

Un componente importante de los antecedentes sociales y del desarrollo, particularmente valioso en niños y adolescentes, son los medios de comunicación. La abrumadora cantidad, disponibilidad y uso de los medios de comunicación ha crecido exponencialmente desde que se introdujo la televisión en los años cincuenta. Los niños de 8 a 18 años pasan una media de 6,5 h al día usando los medios (si se considera el tiempo consumido en televisión, cine, videojuegos, medios impresos, radio y música grabada), en gran parte los medios digitales; el tiempo que gastan alcanza 8 h diarias cuando se usan medios simultáneos. Esto abarca más tiempo que cualquier otra actividad en los jóvenes, aparte del sueño.²⁴ Existe un gran debate sobre el impacto de los medios de comunicación, incluidos los violentos, en el crecimiento y el desarrollo de los niños. Los estudios han demostrado que los medios influyen significativamente en síntomas clínicos como la imagen corporal,²⁵ el trastorno de estrés postraumático²⁶ y la conducta potencialmente agresiva.²⁷ Pocos padres saben lo que sus hijos ven e incluso el contenido de sus videojuegos.²⁸ Además, los adultos usan los medios de comunicación con múltiples objetivos, como la obtención de información médica y psiquiátrica. Muchos pacientes vendrán para evaluación con una idea preconcebida de su problema, o incluso pedirán un medicamento específico basándose en la información que han encontrado en la red. Por el contrario, otros rechazarán las recomendaciones de tratamiento basándose en la información (o desinformación) publicada en la red.

Dada la influencia de los medios, tanto positiva como negativa, sobre la salud de nuestros jóvenes y nuestros pacientes adultos, es muy recomendable incluir los antecedentes relacionados con ellos en la entrevista psiquiátrica. Además de evaluar el tipo de medios usados por los miembros de la familia y con qué propósito, los clínicos, los profesionales sanitarios relacionados y los padres deberíamos estar más letrados en los medios y entender la gran variedad de material y de métodos de transmisión de la información y la comunicación.²⁸

Uso de la información resultante

Aunque muchas entrevistas a adultos se llevan a cabo con el paciente solo en la consulta, es bastante útil obtener información adicional de otras personas importantes en la vida del paciente (como su cónyuge o pareja, hermanos, hijos, padres, amigos y clero). Por ejemplo, un paciente que se presenta paranoide y levemente psicótico en la consulta puede negar tales síntomas o no verlos como un problema. Con el fin de entender la naturaleza del problema, su duración e intensidad y su impacto sobre la función, puede ser necesario contactar con otros (con consentimiento informado). Esto se aplica a muchas otras enfermedades, particularmente en los trastornos por consumo de drogas y otras sustancias, en los que el paciente puede negar la cantidad de sustancia usada y la frecuencia de los efectos sobre su vida diaria.

La obtención de consentimiento para contactar con otras personas de la vida del paciente no solo es útil para recoger información, sino también para su implicación en el proceso de tratamiento, si es necesario. En el caso de los niños y adolescentes es absolutamente esencial, como cuando se obtiene información de los profesores y el personal del colegio. Puede ser útil contactar con el médico de atención primaria o terapeuta del paciente para una valoración objetiva de los antecedentes médicos y psiquiátricos, así como para corroborar las enfermedades asociadas, las dosis de medicamentos y los valores analíticos previos. Finalmente, siempre es útil revisar la historia clínica (si se tiene acceso y con autorización).

Exploración del estado mental

La exploración del estado mental forma parte de cualquier entrevista médica y psiquiátrica. Sus componentes tradicionales se indican en el [cuadro 2-4](#). La mayoría de los datos necesarios en este modelo pueden averiguarse preguntando al paciente por elementos de los problemas actuales. Para la evaluación de la percepción, el pensamiento y la cognición pueden ser necesarias preguntas específicas. La mayor parte de la información de la exploración del estado mental se obtiene sencillamente haciendo la anamnesis psiquiátrica y observando la conducta, el afecto, el habla, el ánimo, el pensamiento y la cognición del paciente.

Cuadro 2-4 Exploración del estado mental

Aspecto general y conducta: aseo, postura, movimientos, gestualidad y contacto visual.

Habla: velocidad, flujo, latencia, coherencia, lógica y prosodia.

Emociones: variedad, intensidad, labilidad.

Ánimo: eutímico, elevado, deprimido, irritable, ansioso.

Percepción: ilusiones y alucinaciones.

Pensamiento (coherencia y lucidez): forma y contenido (obsesiones, ideas de referencia, interpretaciones delirantes y delirios).

Seguridad: pensamientos suicidas y homicidas; ideas, impulsos y planes autolesivos.

Cognición

- Nivel de conciencia.
- Orientación.
- Atención y concentración.
- Memoria (fijación, reciente y remota).
- Cálculo.

- Abstracción.
- Juicio.
- Introspección (insight).

Entre los trastornos de percepción se cuentan anomalías de la percepción de los estímulos sensitivos. Pueden existir interpretaciones erróneas de los estímulos sensitivos conocidas como ilusiones, como, por ejemplo, micropsia y macropsia (los objetos parecen más pequeños o más grandes, respectivamente, de lo que son). Son fenómenos de este tipo las distorsiones de los estímulos externos (afectan al tamaño, la forma, la intensidad o el sonido de los estímulos). Las distorsiones de los estímulos creadas internamente son las alucinaciones, que pueden aparecer en forma de una o más de las siguientes modalidades: auditiva, visual, olfativa, gustativa o táctil.

Los trastornos del pensamiento pueden manifestarse con dificultades en su forma o su contenido. Los trastornos formales del pensamiento implican que las ideas están conectadas. Las anomalías en la forma pueden afectar a la lógica o la coherencia del pensamiento. Estos trastornos pueden anunciar trastornos neurológicos, trastornos del estado de ánimo graves (p. ej., depresión o manía psicótica), psicosis esquizofrénica, delirio u otras enfermedades que afectan a la valoración de la realidad. En el [cuadro 2-5](#) se enumeran ejemplos de trastornos formales del pensamiento.^{29,30}

Cuadro 2-5 Ejemplos de trastornos formales del pensamiento

- Circunstancialidad: trastorno de asociación con inclusión de detalles innecesarios hasta que se llega al objetivo de la idea.
- Tangencialidad: uso de pensamientos oblicuos, irrelevantes y digresivos que no transmiten la idea central que quiere comunicarse.
- Asociaciones vagas: salto de un tema a otro sin conexión.
- Asociaciones resonantes: asociaciones del habla sin conexión lógica dictadas por el sonido de las palabras en lugar de por su significado; frecuentemente implica el uso de rimas o juegos de palabras.
- Perseveración: repetición de la misma respuesta a los estímulos (como una misma respuesta verbal a diferentes preguntas), con incapacidad para cambiar la contestación.
- Neologismos: creación de palabras; suelen ser condensaciones de diferentes palabras ininteligibles para el oyente.
- Ecolalia: repetición persistente de las palabras o frases de otra persona.
- Bloqueo del pensamiento: interrupción abrupta del flujo del pensamiento, de modo que no se puede recuperar lo que se acaba de decir.

Los trastornos del contenido del pensamiento conciernen a ideas específicas. El examinador siempre debe investigar la presencia de pensamientos paranoides, suicidas y homicidas. Otros indicativos de trastornos del contenido del pensamiento son los delirios, las obsesiones y las ideas de referencia ([cuadro 2-6](#)).³⁰

Cuadro 2-6 Trastornos del contenido del pensamiento

- Delirios: creencias falsas, firmes e inalterables.
- Obsesiones: pensamientos persistentes que no pueden eliminarse mediante la lógica o el razonamiento.

- Idea de referencia: interpretación errónea de incidentes del mundo externo como si tuvieran una referencia personal directa y especial a uno mismo.

La exploración cognitiva incluye una valoración de los procesos superiores de pensamiento. Esta parte de la exploración es fundamental para evaluar la función neurológica y es útil para la diferenciación de trastornos focales y globales, delirio y demencia. El modelo tradicional valora diversas dimensiones ([cuadro 2-7](#)).³¹

Cuadro 2-7 Apartados de la exploración del estado mental

- Orientación: en tiempo, espacio, persona y situación.
- Atención y concentración: por ejemplo, recuerdo inmediato de tres objetos, en 1 min y a los 3 min; deletrear la palabra «mundo» hacia atrás; recuerdo de dígitos.
- Memoria: fijación; memoria reciente y remota. Característicamente, la fijación es una función de la atención y la concentración. La memoria reciente y remota se valora recordando sucesos a corto y largo plazo, como, por ejemplo, dando los nombres de los presidentes del más reciente al más antiguo.
- Cálculo: característicamente se evalúa restando 7 en serie a partir de 100.
- Abstracción: se valora mediante la capacidad del paciente para interpretar proverbios u otras ideas complejas.
- Juicio: se evalúa observando si el paciente muestra conciencia de sus asuntos o problemas personales, y si aporta formas adecuadas de resolverlos.
- Introspección (insight): valoración de la autorreflexión y entendimiento de la propia condición o la situación de los demás.

Por otro lado, puede hacerse la prueba Mini-Mental State Examination³² ([tabla 2-1](#)). Es un instrumento muy válido y fiable que se realiza aproximadamente en 5 min, y es muy eficaz para diferenciar la depresión de la demencia.

Tabla 2-1

Mini-Mental State Examination

PUNTUACIONES MEDIAS		
Deterioro cognitivo-demencia		9,7
Depresión con alteración cognitiva		19
Depresión no complicada		25,1
Normal		27,6
Puntuación máxima	Puntos	
		Orientación
5	()	¿En qué (año) (fecha) (día) (mes) estamos?

5	()	¿Dónde estamos (país) (comunidad) (ciudad) (hospital) (planta)?	
		Fijación	
3	()	Nombre tres objetos: 1 s para nombrar cada uno. Después pregunte al paciente los tres que dijo. Dé 1 punto por cada respuesta correcta. Después repítalos hasta que el paciente los aprenda. Cuente los intentos y anótelos.	
Intentos _____			
		Atención y cálculo	
5	()	Series de siete: 1 punto por cada respuesta correcta. Pare después de cinco respuestas. Alternativamente, deletree «mundo» hacia atrás.	
		Memoria	
3	()	Pregunte por los tres objetos repetidos anteriormente. Dé 1 punto por cada respuesta correcta.	
		Lenguaje	
2	()	Nombre un lapicero y un reloj. (2 puntos)	
1	()	Repita lo siguiente: «Ni síes, ni noes ni peros». (1 punto)	
3	()	Siga una orden en tres fases: «Coja un trozo de papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo». (3 puntos)	
1	()	Lea y obedezca lo siguiente: «Cierre los ojos». (1 punto)	
1	()	Escriba una frase. Debe tener sujeto y predicado, y tener sentido. (1 punto)	
		Integridad visomotora	
1	()	Copie el diseño (intersección de dos pentágonos; debe presentar los 10 ángulos, con intersección de 2 de ellos). (1 punto)	
Puntuación total _____			
Valore el nivel de conciencia:			

Alerta	Somno lencia	Estupor	Coma

Reproducido a partir de Folstein MF, Folstein SE, McHugh PE. The Mini-Mental State Exam: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J Psychiatr Res 1975; 12:189–198.

Existen diversos instrumentos breves, válidos y fiables que pueden utilizarse en la anamnesis y la exploración del estado mental. Dado que el consumo de drogas y otras sustancias es un

problema frecuente, el clínico podría incluir la prueba CAGE para el abuso de alcohol^{33,34} en adultos o la exploración CRAFFT para el consumo de alcohol o drogas en adolescentes de 14 a 18 años.^{35,36}

Compartición de la información y preparación del paciente para el tratamiento

La conclusión de la entrevista psiquiátrica requiere resumir los síntomas y la anamnesis y organizarlos en una narración coherente que pueda ser revisada y acordada con el paciente. Esto implica recapitular los hallazgos más importantes y explicar su significado al paciente. Es crucial obtener un acuerdo sobre el material clínico y la forma en que se integra la historia para el paciente. Si este no está de acuerdo con el resumen, el psiquiatra debe volver a los elementos relevantes de la entrevista en cuestión y revisar los temas en los que está en desacuerdo.

Esta parte de la entrevista implica la explicación al paciente de uno o más diagnósticos (su etiología biológica, psicológica y ambiental), así como aportarle una formulación de sus potenciales, sus debilidades y su estilo de manejo del estrés. La última parte del resumen se dirige a asegurarse de que el paciente se sienta comprendido. El siguiente paso es delimitar los tipos de abordajes que las normas actuales de atención indicarían como adecuados para el tratamiento. Si el diagnóstico es incierto, debe recomendarse una evaluación adicional para aclarar el problema o los problemas concomitantes. Esto podría requerir uno o más de los siguientes: evaluación analítica adicional; derivación médica, neurológica o pediátrica; pruebas psicológicas o neuropsicológicas; uso de escalas de clasificación estandarizadas, o consulta con un especialista (p. ej., un psicofarmacólogo o un especialista en trastornos del sueño o en consumo de drogas y otras sustancias).

La información sobre el tratamiento debe incluir una revisión de los pros y contras de diversas opciones. Este es un buen momento para disipar mitos acerca de los tratamientos psiquiátricos, tanto la farmacoterapia como la psicoterapia. Ambos dominios tienen un estigma significativo asociado. Para los pacientes propensos a rehuir la farmacoterapia (no quieren ningún medicamento «que altere la mente») puede ser útil «medicalizar» el trastorno psiquiátrico y señalar que las enfermedades médicas frecuentes requieren atención con un tratamiento biopsicosocial.¹² Por ejemplo, pocas personas rehusarán el tratamiento para la hipertensión, aunque puede estar claro que la enfermedad se exacerba por el estrés y el estilo de vida. Lo mismo puede decirse para el tratamiento del asma, las migrañas, la diabetes y la úlcera péptica. A la luz de esto, el clínico puede referirse a los trastornos psiquiátricos como problemas de «desequilibrio químico» –un término neutral– o como problemas del encéfalo, un órgano que la gente suele olvidar cuando habla de enfermedades «mentales». Un diálogo cordial, tal vez describiendo cómo la depresión o el trastorno de angustia implican anomalías de la función encefálica, también puede ayudar. Debe señalarse que este tipo de conversación en ningún modo debe interpretarse como presión, sino como una experiencia educativa. En una conversación de este tipo es esencial dejar que el paciente conozca qué decisiones de tratamiento son colaborativas y centradas en el paciente.

Una conversación educativa similar debe relacionarse con el uso de la psicoterapia. Algunos pacientes desdeñan las psicoterapias como «palabrería» que carece de evidencia científica. En este caso, debe comentarse el hecho de que la investigación científica indica que la experiencia y el entorno pueden afectar a la función biológica. Un ejemplo de ello es hablar

acerca de cómo afecta un trauma precoz al desarrollo del niño, o cómo una experiencia en la guerra puede producir trastorno de estrés postraumático, una disfunción encefálica significativa. Muchos padres apreciarán inmediatamente cómo las experiencias de la infancia afectan al ánimo, la ansiedad y la conducta del niño, aunque también señalarán que el niño nació con cierta personalidad y rasgos. Esta observación es maravillosa, ya que abre una puerta para comentar la compleja y continua interacción entre el encéfalo, el entorno y la conducta.

Evaluación de niños y adolescentes

Los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes se comentarán con más detalle en otras partes de este libro. En general, los niños y adolescentes plantean ciertos temas únicos para el entrevistador psiquiátrico. En primer lugar, se requieren los antecedentes del desarrollo completos. En los niños más pequeños, la mayor parte de la anamnesis se obtiene de los padres. Es infrecuente ver inicialmente a un niño pequeño sin la presencia de los padres. La observación del niño es fundamental. El examinador debe apreciar cómo se relaciona con los padres o cuidadores. Por el contrario, es importante ver si el manejo del niño por parte del adulto es apropiado. ¿La edad del niño parece adecuada en términos de función motora y crecimiento? ¿Se observa alguna afectación neurológica? El examinador debe determinar si el habla, el lenguaje, la cognición y la función social son adecuadas para la edad. La consulta debe tener un suministro extenso de juguetes (como una casa de muñecas y marionetas para hacer fantasías, y bloques de construcción o juegos similares), juegos de mesa (para niños de mayor edad escolar) y material para dibujar. La información colateral del pediatra y los maestros es fundamental para verificar o amplificar los datos aportados por los padres y el niño.

Los adolescentes plantean su propio conjunto de temas y problemas para el entrevistador.³⁷ Un adolescente puede ser traído o no por un progenitor. Sin embargo, dados los procesos del desarrollo que rodean la búsqueda de la identidad y la separación, el entrevistador debe tratarle con el mismo tipo de respeto y colaboración que a un adulto. El tema y la importancia de asegurar la confidencialidad se han mencionado anteriormente. El adolescente también necesita oír al comienzo que el entrevistador necesita tener permiso para hablar con sus padres o tutores, y que cualquier información que se reciba de ellos será fielmente transmitida al paciente.

Aunque al adolescente se aplican todos los principios comentados anteriormente de intentar establecer un apego seguro, la entrevista es bastante diferente de la de un adulto. En términos del desarrollo, los adolescentes son capaces de pensamiento abstracto y se hacen cada vez más autónomos. Al mismo tiempo, luchan con la grandiosidad, que alterna con una extrema vulnerabilidad y la autoconciencia y manejo de la imagen corporal, la sexualidad y la agresión, la labilidad emocional y la regresión ocasional a la dependencia –todas dificultan la entrevista y la relación–. Además, la mielinización incompleta, particularmente de sus lóbulos frontales, hasta el comienzo de los 20 años los hace más propensos a la impulsividad, actuando sin considerar las consecuencias y siendo más vulnerables a la presión. El entrevistador debe considerar constantemente qué cuenta como normal en la conducta del adolescente y qué conductas de riesgo, oscilaciones del ánimo e impulsividad son patológicas. Esto no es sencillo, y los adolescentes característicamente necesitan unos pocos encuentros iniciales para que el clínico se sienta capaz de crear con él una narración –aunque

sea progresivamente—. Al trabajar con adolescentes la actitud del clínico requiere cambiar de forma superficial entre una figura de autoridad profesional, que suele necesitar, y un hermano mayor, consejero y amigo. El examinador debe ser capaz de conocer algo sobre la cultura del muchacho en particular, usar el humor y la exageración, ser flexible y empático en la entrevista, pero no intentar ser «uno de ellos». Es esencial validar sus potenciales y debilidades e inspirar autorreflexión y cierto pensamiento filosófico, todo acompañando a los nuevos desarrollos cognitivos desde el inicio de la infancia.

Dificultades y errores en la entrevista psiquiátrica

Tratamiento de los sujetos sensibles

Un cierto número de temas son particularmente vergonzantes para los pacientes. Estos abarcan los problemas sexuales, el consumo de drogas y otras adicciones, los asuntos económicos, la conducta impulsiva, las experiencias extrañas (como obsesiones y compulsiones), la violencia doméstica, los antecedentes de malos tratos y los síntomas de psicosis. Algunos pacientes negarán o evitarán comentar estos temas. En esta situación puede ayudar el estímulo y reconocimiento amable y no amenazante de la dificultad de estos problemas. Si el tema no es potencialmente peligroso ni mortal para el paciente o los demás, el clínico puede omitir algunas preguntas que sabe importantes para el diagnóstico o la formulación. Si no es esencial obtener esta información en la entrevista inicial, para la alianza puede ser mejor dejarlo, sabiendo que el examinador u otro clínico pueden volver a ello a medida que crezca la relación terapéutica.

En otras situaciones que son peligrosas (como ocurre en pacientes suicidas, homicidas, maníacos o psicóticos) y en las que deben confirmarse los síntomas pertinentes, el interrogatorio es crucial sin importar cuánto aflija al paciente. En algunos casos, cuando el peligro parece altamente probable, puede ser necesaria la hospitalización para observación y exploración adicional de un trastorno serio. De forma similar, un paciente agitado que necesite ser valorado por su seguridad puede necesitar sedación u hospitalización con el fin de realizar una evaluación extensa, particularmente si no se conoce la causa de la agitación y el paciente no colabora en el proceso de valoración.

Desacuerdos acerca de la valoración y el tratamiento

Algunas veces un paciente está en desacuerdo con la formulación, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas del clínico. En este caso, es sensato escuchar al paciente y oír dónde está el conflicto. Después el examinador debe revisar sistemáticamente lo que se dijo y cómo interpretó los hallazgos clínicos. Debe animar al paciente a corregir las tergiversaciones. En ocasiones esta aclaración ayudará al clínico y al paciente a llegar a un acuerdo. Otras veces, el paciente puede negar o minimizar un problema. En este caso pueden ser necesarias entrevistas adicionales. En ocasiones es útil implicar a un familiar o amigo cercano si el paciente lo permite. Si este es un peligro para sí mismo o para los demás, sin embargo, se necesitarán medidas de protección aunque no esté de acuerdo. Si no existe un peligro inminente, debe observarse la explicación al paciente de la opinión clínica y el respeto a su derecho de elegir el tratamiento.

Errores en la entrevista psiquiátrica

Los errores frecuentes que se cometen en la entrevista psiquiátrica se encuentran en el [cuadro 2-8](#).

Cuadro 2-8 Errores frecuentes en la entrevista psiquiátrica

- Conclusión prematura y suposiciones falsas acerca de los síntomas.
- Confirmación falsa de la enfermedad o el pronóstico del paciente.
- Actitud defensiva en relación con los diagnósticos y tratamientos psiquiátricos, con respuestas arrogantes a los mitos y las quejas acerca de la psiquiatría.
- Omisión de partes significativas de la entrevista debido a un sesgo teórico de esta (p. ej., separación mente-cuerpo).
- Recomendaciones para el tratamiento cuando la formulación diagnóstica es incompleta.
- Explicación inadecuada de los trastornos psiquiátricos y su tratamiento, particularmente por no dar al paciente opciones terapéuticas múltiples.
- Minimización o negación de la gravedad de los síntomas debido a identificación excesiva con el paciente; fenómeno de contratransferencia (p. ej., como ocurre con el tratamiento de una «persona muy importante» de forma inconsistente con el ejercicio habitual, con un fallo resultante en la protección del paciente o de los demás).
- Hacer sentir al paciente avergonzado o en una situación embarazosa sin ofrecer una disculpa.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Gordon C, Reiss H. The formulation as a collaborative conversation. *Harv Rev Psychiatry*. 2005;13:112–123.
2. Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch Intern Med*. 1987;147:1653–1658.
3. Garrett M. *Walking on the wind: Cherokee teachings for harmony and balance*. Rochester, VT: Bear & Co; 1998: p 145.
4. Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P, eds. *Attachment across the life cycle*. London: Routledge; 1991.
5. Siegel DJ. *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. ed 2 New York: Guilford Press; 2012.
6. Rutter M. Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. In: Atkinson L, Zucker KJ, eds. *Attachment and psychopathology*. New York: Guilford Press; 1997.

7. Lieberman AF. Toddlers' internalization of maternal attribution as a factor in quality of attachment. In: Atkinson L, Zucker KJ, eds. *Attachment and psychopathology*. New York: Guilford Press; 1997.
8. Lipkin M, Frankel RM, Beckman HB, et al. Performing the medical interview. In: Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A, eds. *The medical interview: clinical care, education and research*. New York: Springer-Verlag; 1995.
9. Lipkin Jr M. Sisyphus or Pegasus? The physician interviewer in the era of corporatization of care. *Ann Intern Med*. 1996;124:511–513.
10. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA*. 2001;286:1897–1902.
11. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 2004;291:2359–2366.
12. Beresin EV. The psychiatric interview. In: Stern TA, ed. *The ten-minute guide to psychiatric diagnosis and treatment*. New York: Professional Publishing Group; 2005.
13. Beresin EV, Gordon C. Emergency ward management of the borderline patient. *Gen Hosp Psychiatry*. 1981;3:237–244.
14. Confidential health care for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. Prepared by Ford C, English A, Sigman. *J Adolesc Health* 35:160-167, 2004.
15. Butler JR, Hyler S. Hollywood portrayals of child and adolescent mental health treatment: implications for clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2005;14:509–522.
16. Mintzer JE, Hendrie HC, Warchal EF. Minority and sociocultural issues. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
17. Stewart MA. Effective physician–patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152:1423–1433.
18. Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303:1385–1387.
19. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998;15:480–492.
20. Ong LML, De Haes CJM, Hoos AM, et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40:903–918.

21. Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education: Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med* 76:390-393, 2001.
22. Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH. Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad Med*. 1999;74:516–520.
23. Gordon C, Goroll A. Effective psychiatric interviewing to primary care medicine. In: Stern TA, Herman JB, Slavin PL, eds. *Massachusetts General Hospital guide in primary care psychiatry*. ed 2 New York: McGraw-Hill; 2004.
24. Kaiser Family Foundation *Generation M: media in the lives of 8-18 year olds*. Menlo Park (CA): Kaiser Family Foundation; 2005.
25. Wiseman CV, Sunday SR, Becker AE. Impact of media on body image. In: Beresin EV, Olson CK, editors. Child Psychiatry and the Media. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2005;14:453–471.
26. Fremont WP, Pataki C, Beresin EV. The impact of terrorism on children and adolescents: terror in the skies, terror on television. In: Beresin, EV, Olson, CK, editors. Child Psychiatry and the Media *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2005; 14:429-451.
27. Gunter B. Media violence: is there a case for causality? *Am Behav Sci*. 2008;51(8):1061–1122.
28. Villani SV, Olson CK, Jellinek MS. Media literacy for clinicians and parents. In: Beresin EV, Olson CK, editors. Child Psychiatry and the Media. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2005; 14:523-553.
29. Scheiber SC. The psychiatric interview, psychiatric history, and mental status examination. In: Hales RE, Yudofsky SC, eds. *The American Psychiatric Press synopsis of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
30. Sadock BJ. Signs and symptoms in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
31. Silberman EK, Certa K. The psychiatric interview: settings and techniques. In: Tasman A, Kay J, Lieberman J, eds. *Psychiatry*. ed 2 Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2004.
32. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PE. The Mini-Mental State Exam: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189–198.

33. Dhalla S, Kopec JA. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. *Clin Invest Med*. 2007;30(1):33–41.
34. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252:1905–1907.
35. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, et al. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(6):607–614.
36. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, et al. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:591–596.
37. Beresin EV, Schlozman SC. Psychiatric treatment of adolescents. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

|

(Stern, 20171024, pp. 7.e1-19.e1)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.